SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Jméno a příjmení dítěte: …… datum narození:.……..

Zdravotní pojišťovna……

Adresa trvalého pobytu: ……

……

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……

datum narození: ……

Telefon ……..

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilé/ho uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na

……

byly v případě potřeby poskytnuty nezletilé/mu zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý/á hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem tábora, umožní-li to zdravotní stav dítěte.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte osobě pověřené organizátorem tábora. Organizátor tábora se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání tábora, to znamená v období

Od …… Do ……..

Datum udělení souhlasu: …… Podpis zákonného zástupce: ……